Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 661 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2015

1. Inleiding

Op 23 september 2015 heb ik in een Algemeen Overleg (AO) gesproken over de risicoverevening. Daarbij kwamen onder andere onderzoeksideeën aan de orde die de komende tijd uitgevoerd kunnen worden ter verbetering van de risicovereveningsmodellen in de toekomst. Diverse Kamerleden gaven aan dat zij onderzoekssuggesties hebben ontvangen van derden. Met elkaar hebben wij tijdens het AO vastgesteld dat de suggesties die bij leden van de Tweede Kamer zijn ingestoken moeten worden afgewogen tegen alle andere onderzoekssuggesties. Deze integrale afweging vindt plaats in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR).

Tijdens het AO heb ik toegezegd dat ik een inventarisatie zou maken van de onderzoeksvoorstellen die bij de WOR zijn ingediend, toe zou lichten welk afwegingskader gehanteerd is bij het prioriteren van de onderzoeken en de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling van VWS zou informeren welke onderzoeken wel en welke niet worden uitgevoerd in komend onderzoeksjaar. Met deze brief geef ik invulling aan deze toezegging.

Samenvatting

De hoofdlijn van deze brief is als volgt:

– Ook komend jaar laat ik weer een ambitieus onderzoeksprogramma uitvoeren om de risicoverevening verder te kunnen verbeteren. Het aantal onderzoeksideeën is altijd vele malen groter dan het aantal onderzoeken dat in een jaar uitgevoerd kan worden. Daarom moet een selectie worden gemaakt. Dit gebeurt in de WOR.
– Ik heb de WOR de volgende speerpunten meegegeven voor het prioriteren van de onderzoeken:
    1. Betere compensatie van chronisch zieken;

kst-29689-661
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

2. Verbetering risicoverevening voor de wijkverpleging en de GGZ;
3. Vervanging onorthodoxe kenmerken;
4. Toezeggingen aan de Tweede Kamer.

– In paragraaf 4 van deze brief treft u een overzicht aan van de onderzoeksideeën. Daarbij is de volgende indeling gehanteerd en licht ik toe waarom een onderzoeksidee op een bepaalde plaats is ingedeeld:
  1. Reguliere onderzoeken die jaarlijks uitgevoerd worden;
  2. Onderzoeksideeën met hoge prioriteit die zullen worden uitgevoerd in het onderzoeksjaar 2015–2016;
  3. Onderzoeksideeën met lagere prioriteit die waarschijnlijk nog niet worden uitgevoerd in onderzoeksjaar 2015–2016;
  4. Onderzoeksideeën die niet worden uitgevoerd.

2. Proces totstandkoming onderzoeksprogramma

Voordat ik inga op het onderzoeksprogramma voor komend jaar, geef ik een korte toelichting op de totstandkoming ervan.

Taakopdracht WOR

De WOR is een technische werkgroep met als belangrijkste taken om mij te adviseren over het jaarlijkse onderzoeksprogramma, om de onderzoeken inhoudelijk te beoordelen en om mij vervolgens te adviseren over de technische verbetermogelijkheden van de risicovereveningsmodellen. Hierin zijn experts in de risicoverevening van individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut Nederland, onderzoeksbureaus en VWS vertegenwoordigd.
Bij die advisering hanteert de WOR een toetsingskader, waarbinnen de potentiële modelaanpassingen worden beoordeeld. Daarbij gaat het om meetbaarheid, validiteit, stabiliteit, prikkelwerking, verevenende werking en eenvoud en transparantie.[1]

Alle onderzoeken die aansluiten bij de taakopdracht van de WOR, worden na afronding door de onderzoekers gepresenteerd in de WOR en vervolgens voorzien van een advies aan mij over de toekomstige verbetering van de risicovereveningsmodellen. Het onderzoeksprogramma bevat ook onderzoeken die niet in de WOR worden besproken. Dit geldt bijvoorbeeld voor onderzoeken die gericht zijn op de evaluatie van de risicoverevening, zoals de kwantitatieve analyses die worden uitgevoerd zodra de vereveningsbijdragen definitief zijn vastgesteld. Ook komt het wel eens voor dat onderzoeken niet in de WOR kunnen worden besproken, omdat de uitkomsten concurrentiegevoelige informatie bevatten. In dat geval worden de onderzoeksresultaten naast VWS alleen met ZN en het Zorginstituut besproken.

Jaarlijkse onderzoekscyclus

De risicoverevening kent een vaste jaarlijkse cyclus. Voor de risicoverevening 2017 ziet de planning er als volgt uit:
– Afgelopen zomer is gestart met het opstellen van een eerste conceptonderzoeksprogramma.
– Op 24 september is dit conceptonderzoeksprogramma 2015–2016 in de WOR besproken en vervolgens definitief gemaakt.
– In de periode oktober 2015 tot en met april 2016 vinden de meeste onderzoeken plaats.

[1] Door toenemende (politieke) aandacht voor het tegengaan van risicoselectie via de risicoverevening, is dit toetsingskader niet meer volledig up to date. In de WOR zal worden gewerkt aan een geactualiseerd toetsingskader.

- In mei 2016 worden de uitkomsten van alle losse onderzoeken samengebracht in één onderzoek en voor de eerste keer integraal doorgerekend, maar nog op oude gegevens.
- Op basis van dit laatste onderzoek vindt in juni 2016 de besluitvorming plaats over de voorgenomen risicovereveningsmodellen voor 2017. Zodra de besluitvorming is afgerond, wordt de Tweede Kamer hier zoals gebruikelijk over geïnformeerd.
- De voorgenomen modellen worden vervolgens in de zomer integraal doorgerekend op basis van de meest recente en representatief gemaakte gegevens.
- In september 2016 vindt de definitieve besluitvorming plaats over de vormgeving van de modellen voor 2017 en de risicodragendheid van verzekeraars in 2017. Zodra de besluitvorming is afgerond informeer ik zoals gebruikelijk de Tweede Kamer daarover.
- De uitkomst van de besluitvorming wordt vastgelegd in een AMvB en de Regeling risicoverevening 2017.

Bovenstaande planning laat zien dat er grofweg zeven maanden (oktober tot en met april) beschikbaar zijn om de diverse modelverbeteringen voor 2017 te onderzoeken.[2] Binnen dit tijdsbestek wordt geprobeerd om zoveel mogelijk kansrijke modelverbeteringen te laten onderzoeken. Er zijn daarbij grenzen aan het aantal onderzoeken dat binnen dit tijdsbestek uitgevoerd kan worden. Zoals ik in mijn brief van 16 juni 2015 over de risicoverevening 2016 heb toegelicht, is de capaciteit bij onderzoeksbureaus een aandachtspunt.[3] Afgelopen jaar is het aantal onderzoeksbureaus, dat in staat is om de complexe onderzoeken op het terrein van de risicoverevening te verrichten, uitgebreid. Daardoor was de capaciteit net toereikend om het ambitieuze onderzoeksprogramma van het afgelopen jaar uit te kunnen laten voeren. In mijn brief «Kwaliteit loont» heb ik aangekondigd dat ik extra middelen vrij heb gemaakt voor de risicovereveningsonderzoeken en de begeleiding ervan.[4] Desalniettemin blijft het zaak om met het oog op de capaciteit bij onderzoeksbureaus selectief te zijn bij het laten uitvoeren van onderzoeken.

Elk onderzoek wordt in principe begeleid door een begeleidingscommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van individuele verzekeraars, ZN, het Zorginstituut en VWS. Zodra het onderzoek is afgerond, worden de resultaten gepresenteerd in de WOR. Vervolgens adviseert de WOR mij over de gevolgen die het onderzoek moet hebben voor de modellen voor volgend jaar. Ook om voldoende tijd te hebben voor reflectie en discussie over de uitkomsten van de onderzoeken, is het van belang om het aantal onderzoeken dat per jaar wordt uitgevoerd beperkt te houden en om de onderzoeken goed te spreiden over de beschikbare maanden. Daarnaast vergt elk onderzoek zorgvuldige gegevensaanlevering door onder andere het Zorginstituut en Vektis. Ook dit proces is gebaat bij een begrenzing van het aantal onderzoeken en een goede spreiding over de maanden.

Naast deze praktische overwegingen is er ook een inhoudelijke noodzaak om het aantal onderzoeken beperkt te houden. Als er veel onderzoeken gelijktijdig lopen, wordt het steeds moeilijker om in te schatten wat de effecten zullen zijn als alle modelwijzigingen worden samengebracht. Het is mogelijk dat positieve uitkomsten uit het ene onderzoek teniet worden gedaan door een modelwijziging uit een ander onderzoek. Ook leert de praktijk dat veel onderzoeken leiden tot uitbreiding en/of verdere verfijning van het model. Hiervoor wordt dan gekozen om de algehele

---

[2] Voor onderzoeken die niet gericht zijn op verbeteringen van de modellen per 2017, geldt dit tijdpad niet. Dit geldt bijvoorbeeld voor onderzoeken gericht op evaluatie van de risicoverevening in voorgaande jaren of op meer fundamentele onderzoeken.

[3] Kamerstuk 29 689, nr. 617.

[4] Kamerstuk 31 765, nr. 116.

werking van de modellen of de compensatie van specifieke groepen te verbeteren. Keerzijde is echter dat de modellen steeds complexer worden en de uitkomsten moeilijker te interpreteren. Dit kan er toe leiden dat sommige modelverbeteringen uiteindelijk niet kunnen worden doorgevoerd. Afgelopen jaar was dit bijvoorbeeld het geval voor het nieuwe kenmerk personen per adres en de verfijning van het bestaande kenmerk generieke somatische morbiditeit.[5] Er zitten met andere woorden technische grenzen aan de risicoverevening en daarmee ook aan het aantal modelaanpassingen dat per jaar kan worden onderzocht en verwerkt.

Selectieproces in de WOR

Bovenstaande overwegingen, die breed worden gedeeld, dwingen de WOR om zeer selectief te zijn bij het beoordelen van de urgentie van de verschillende onderzoeksideeën. Het aantal onderzoeksideeën dat wordt bedacht, is altijd vele malen groter dan het aantal onderzoeken dat daadwerkelijk kan worden uitgevoerd. Juist daarom is het belangrijk dat in de WOR door alle experts in de risicoverevening gezamenlijk een integrale afweging wordt gemaakt. Daartoe stelt VWS allereerst een groslijst op, waar alle onderzoeksideeën worden verzameld. Deze ideeën kunnen uit diverse hoeken komen, zoals:
- suggesties voor vervolgonderzoek die door onderzoekers worden gedaan in de rapporten van reeds uitgevoerde onderzoeken;
- conclusies die de WOR zelf trekt op basis van de uitgevoerde onderzoeken;
- signalen uit de praktijk van het toezicht door de NZa;
- verzoeken uit de Tweede Kamer, zoals de onderzoeken naar hoogopgeleiden en seizoensarbeiders afgelopen jaar;
- ideeën die individuele leden van de WOR zelf nog hebben;
- en overige geluiden uit de maatschappij of in de media.

In paragraaf 4 heb ik lijsten van alle ingediende en verzamelde onderzoeksideeën opgenomen. Omdat sommige onderzoekssuggesties door meerdere partijen worden ingediend of in gezamenlijk overleg tot stand komen, vermeld ik niet per onderzoekssuggestie door wie deze is ingediend.

Vervolgens brengt de WOR een prioritering aan in de onderzoeken op de groslijst. Het onderzoeksprogramma voor komend onderzoeksjaar (2015–2016) is een paar keer kort besproken. Tot slot is er in de WOR van 24 september 2015 uitgebreid bij stilgestaan. Daarvoor waren naast verzekeraars, ZN, het Zorginstituut en VWS alle onderzoeksbureaus uitgenodigd, die afgelopen jaar onderzoeken op het gebied van de risicoverevening hebben uitgevoerd. Vervolgens is het onderzoeksprogramma schriftelijk afgestemd, waarna VWS het heeft vastgesteld.

Het onderzoeksprogramma dat ik in deze brief presenteer, kan rekenen op brede steun. Dat neemt niet weg, dat er specifieke personen of organisaties teleurgesteld of ontevreden kunnen zijn, omdat er bij de andere experts onvoldoende draagvlak was voor hun onderzoeksideeën. Alle in deze brief

gepresenteerde onderzoeken worden gefinancierd en uitgevoerd in opdracht van VWS. Indien er onderzoeken zijn die in de WOR niet de hoogste prioriteit hebben gekregen, maar waar anderen toch groot belang aan hechten, is het denkbaar dat zij zelf een onderzoek laten uitvoeren.[6]

---

[5] Voor toelichting zie kamerstuk 29 689, nr. 644.

[6] Voor gebruik van de gegevensbestanden die voor risicovereveningsonderzoeken zijn geconstrueerd is wel toestemming nodig van alle verzekeraars en VWS.

3. Speerpunten voor onderzoeksprogramma 2015-2016

In algemene zin geldt dat het doel van de meeste onderzoekssuggesties is om de risicoverevening in de toekomst te kunnen verbeteren en dus beter te kunnen voorspellen welke (groepen van) verzekerden welke kosten zullen maken. Om een selectie te kunnen maken uit de grote hoeveelheid onderzoeksideeën, is daarom een afwegingskader nodig, dat nog wat meer focus aanbrengt in het onderzoeksprogramma voor 2015–2016 en de richting van de verbeteringen die gewenst zijn voor de risicovereveningsmodellen voor 2017. Daarom heb ik de volgende vier speerpunten meegegeven aan de WOR.

1. *Betere compensatie van chronisch zieken*
   In mijn brief «Kwaliteit loont» heb ik aangekondigd dat er een forse aanpassing van de berekening van de vereveningsbijdrage zou komen, die ervoor moet zorgen dat verzekeraars meer geprikkeld worden om zich te richten op het aantrekken van mensen die (veel) gebruik maken van zorg en voor hen kwalitatief goede zorg in te kopen. Inkopen op kwaliteit wordt met een beter risicovereveningsmodel meer lonend dan nu het geval is. In mijn eerder genoemde brief van 16 juni 2015 heb ik u geïnformeerd over de verbeteringen die ik per 2016 aanbreng in de risicoverevening. Deze leiden al tot een forse verbetering in de compensatie van chronisch zieken. Mijn ambities reiken echter verder en daarom zal ik ook komend jaar onderzoeken blijven laten doen met als doel om de compensatie van chronisch zieken en andere mensen die veel zorg gebruiken verder te verbeteren. Dit vermindert de prikkels tot risicoselectie nog verder en kan leiden tot betere kwaliteit van zorg.
2. *Verbetering risicoverevening voor de wijkverpleging en de GGZ*
   In mijn brief van 16 juni heb ik laten zien dat er per 2016 forse verbeteringen worden aangebracht in de modellen voor de wijkverpleging en de langdurige GGZ en lichte verbeteringen in het model voor de geneeskundige GGZ. Hierdoor is het mogelijk om de risicodragendheid van verzekeraars voor deze zorg zodanig te vergroten, dat per 2016 een groot deel van de verzekeraars deze zorg al volledig risicodragend uit zal voeren.[7] Desalniettemin is mijn ambitie om de risicoverevening voor deze zorgvormen per 2017 nog verder te verbeteren, ook in het licht van de volledige risicodragendheid van zorgverzekeraars voor de Zvw, waar vanaf 2017 sprake van zal zijn. Voor de langdurige GGZ geldt dat het onderzoek sowieso plaatsvindt en niet zal wachten tot de besluitvorming over de positionering volledig is afgerond.
3. *Vervanging onorthodoxe kenmerken*
   Per 2016 introduceer ik enkele onorthodoxe kenmerken in de vereveningsmodellen. Deze zijn nodig om de kosten van specifieke groepen gebruikers beter te kunnen voorspellen en daarmee de prikkels tot risicoselectie te mitigeren. Keerzijde is echter de dempende werking op de doelmatigheidsprikkels. Zoals ik in mijn brief van 16 juni reeds heb aangekondigd, geef ik hoge prioriteit aan de zoektocht naar alternatieve kenmerken die medisch inhoudelijk goed zijn onderbouwd en die de onorthodoxe middelen zo snel als mogelijk kunnen vervangen. Dit geldt vooral voor de kenmerken die gebaseerd zijn op het gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar. Voor deze kenmerken heb ik aangegeven dat ik beoog deze uiterlijk over drie jaar weer uit het risicovereveningsmodel te verwijderen (model 2019). De komende jaren is het onderzoek erop gericht om de invloed van de onorthodoxe kenmerken te reduceren. Ook voor het kenmerk gebaseerd op het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar wordt gezocht naar alternatieven, al is de verwachting dat dit kenmerk structureel nodig zal zijn.

[7] Kamerstuk 29 689, nr. 644.

4. *Toezeggingen aan de Tweede Kamer*
   Daarnaast geef ik uiteraard ook prioriteit aan onderzoeken waar de Tweede Kamer om heeft gevraagd of die ik zelf heb aangekondigd in de Tweede Kamer. Dit geldt bijvoorbeeld voor onderzoek naar seizoensarbeiders, het monitoren van gedragseffecten van verzekeraars als gevolg van de onorthodoxe middelen en onderzoek naar tot nu toe nog onverklaarde (regionale) verschillen.

Veel onderzoeken die komend jaar worden uitgevoerd sluiten aan bij meerdere van deze speerpunten. Bovengenoemde speerpunten kunnen uiteraard veranderen over de tijd. Komend jaar zal naast het uitvoeren van onderstaand onderzoeksprogramma ook een brede, fundamentele discussie worden gevoerd met onder andere verzekeraars en wetenschappers over de toekomst van de risicoverevening. Daarbij zal worden gereflecteerd op de doelen van de risicoverevening en in welke mate die doelen worden bereikt. Er zal worden stilgestaan bij de vraag wat er aanvullend nog nodig is om de doelen van de risicoverevening te realiseren en hoe dat zich verhoudt tot de (technische) grenzen van de risicoverevening. Deze discussie zal in het voorjaar van 2016 worden afgerond. Ik zal u in juni in mijn jaarlijkse brief over de verbetering van de risicovereveningsmodellen informeren over de uitkomsten van de discussie.

4. Onderzoeksprogramma 2015-2016

Onderstaand vindt u de lijst met onderzoeken. Deze bestaat uit de reguliere onderzoeken die nodig zijn ongeacht eventuele verbeteringen en uit onderzoeksideeën, die bedoeld zijn om de risicoverevening verder te verbeteren. De laatste categorie is verder onderverdeeld in drie groepen. Onderzoeken met de hoogste prioriteit, die uitgevoerd worden in het komende onderzoeksjaar 2015–2016, onderzoeken die wat minder prioriteit hebben of pas later kunnen worden uitgevoerd en waarschijnlijk niet het komende jaar worden gedaan en onderzoeken die sowieso niet worden uitgevoerd in opdracht van VWS. Bij de laatste groep gaat het om ideeën waartegen principiële bezwaren bestaan of waarvan geen of zeer beperkte verbeteringen van de risicoverevening verwacht worden.

Bij de keuze welke onderzoeken dit jaar en welke onderzoeken later worden gedaan speelt naast het belang voor de speerpunten van beleid ook de logistiek een rol. Een aantal onderzoeken is afhankelijk van de fundamentele discussie.

4.1 Reguliere onderzoeken

De volgende reguliere onderzoeken worden uitgevoerd in het onderzoeksjaar 2015–2016.

1. *Pre Overall Toets*
   Gedurende het jaar worden verschillende mogelijke verbeteringen aan het risicovereveningsmodel onderzocht. Deze komen in afzonderlijke onderzoeken aan bod. In de pre Overall Toets worden de verbeteringen van het vereveningsmodel (nieuwe en verbeterde kenmerken) in samenhang bezien.
2. *Gegevensfase*
   Tijdens de gegevensfase worden nieuwe onderzoeksgegevens gecontroleerd en bewerkt. Bij de controles worden onder andere vergelijkingen gemaakt met eerdere jaren. De bewerkingen houden het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen en het representatief maken van kostengegevens in. Resultaat van dit onderzoek is een aantal onderzoeksbestanden waarmee het vereveningsmodel voor het komende jaar geschat kan worden.

3. *Overall Toets*
   In de Overall Toets (OT) worden de uitgangsmodellen voor het komende jaar doorgerekend op basis van de besluitvorming in juni over de (verwachte) vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel. Daarnaast worden de gehanteerde regiokenmerken geactualiseerd en wordt de stabiliteit van nieuwe vereveningskenmerken en van aangepaste vereveningskenmerken getoetst. Op basis van de toets wordt de definitieve vormgeving van de modellen vastgesteld. Indien de definitieve vormgeving afwijkt van de uitgangsmodellen wordt deze nog doorgerekend en aan de rapportage toegevoegd.
4. *Normbedragenfase*
   In de normbedragenfase worden de gegevens opgeschaald naar de meest recente raming van de verzekerdenpopulatie en de kosten worden opgehoogd naar de geraamde zorguitgaven over dat jaar (het macroprestatiebedrag uit de begroting). Hierna worden de definitieve modellen nogmaals doorgerekend op de opgehoogde gegevens. Het resultaat hiervan is de definitieve set normbedragen (gewichten) voor de verevening.
5. *Kwantitatieve analyse*
   Jaarlijks wordt ook een kwantitatieve analyse van de werking van het risicovereveningssysteem uitgevoerd op basis van de meest recente realisatiegegevens. Dit onderzoek maakt inzichtelijk hoe het model in de praktijk heeft uitgepakt. Het komende jaar zal de kwantitatieve analyse betreffende het vereveningsjaar 2011 worden uitgevoerd.
6. *Conversieonderzoek somatische kosten*
   In de onderzoeken voor de risicoverevening wordt gewerkt met drie jaar oude gegevens. Reden hiervoor is dat het belangrijk is om te kunnen werken met uitgedeclareerde kostengegevens. Voor recentere jaren zijn de declaraties nog onvolledig en daardoor niet bruikbaar voor de risicoverevening. Dit conversieonderzoek gaat na in hoeverre de informatie over ziekenhuiskosten van 2014 op verzekerdenniveau representatief is voor de kosten in 2017 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.
7. *Conversieonderzoek kosten geneeskundige GGZ*
   Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de geneeskundige GGZ van 2014 representatief is voor de kosten in 2017 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.
8. *Conversieonderzoek voormalige AWBZ-zorg*
   Dit onderzoek gaat na in hoeverre de informatie betreffende de overgehevelde zorg (langdurige GGZ, wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten) van 2014 representatief is voor de kosten in 2017 (het jaar waarvoor de vereveningsbijdrage wordt berekend). Voor zover dit niet het geval is, worden conversies uitgevoerd.

4.2 Onderzoeksideeën met hoge prioriteit

De volgende niet-reguliere onderzoeken zullen in het onderzoeksjaar 2015–2016 worden uitgevoerd.

9. *Uitbreiding hulpmiddelenkostengroepen (HKG)*
   Momenteel worden er vier HKG's onderscheiden in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten, namelijk voor insuline infuuspompen, katheters/urine-opvangzakken, stoma's en tracheostoma's. Omdat de beschikbaarheid van gegevens is verbeterd kan worden nagegaan of het onderscheiden van meer groepen zinvol is. Dit kan mogelijk bijdragen aan verbetering van de compensatie voor verzekerden die hulpmiddelen gebruiken en sluit aan bij de eerste drie

speerpunten die ik in paragraaf 3 heb toegelicht. De verwachting is dat veel gebruikers van wijkverpleging ook hulpmiddelen gebruiken.

10. *Uitbreiding fysiotherapie gebruikersgroepen*
In het huidige model worden verzekerden verdeeld in twee groepen: wel of geen gebruik van fysiotherapie. Er wordt niet gekeken naar de aandoening die de aanleiding is voor de verwijzing. Dit onderzoek dient na te gaan in hoeverre de verevende werking kan verbeteren als de verschillende aandoeningen worden onderscheiden. Dit onderzoek sluit aan bij de eerste drie speerpunten.
11. *Verbetering risicoverevening GGZ 1*
In het huidige model voor de langdurige GGZ wordt gebruik gemaakt van het kenmerk intramuraal GGZ-gebruik in het voorgaande jaar. Onderzocht wordt of dit kenmerk verder verbeterd kan worden door onderscheid te maken tussen lichte en zware zorgzwaartepakketten en pakketten met of zonder dagbesteding. Daarnaast zal ook worden onderzocht of er een kenmerk voor zorgvraagzwaarte (ZVZ) kan worden opgenomen om de kosten van de geneeskundige GGZ beter te voorspellen. Dit onderzoek sluit vooral aan bij speerpunt 2.
12. *Verbetering risicoverevening GGZ 2*
Naast bovenstaand onderzoek zal op basis van bijeenkomsten met experts worden bepaald of er nog meer kansrijke onderzoeksideeën zijn. In ieder geval zijn van belang:
    - Onderzoek naar «hartslagpatronen» in de kosten. Er zijn aandoeningen waarbij periodieke hoge kosten worden afgewisseld met langere perioden met lage kosten. Nagegaan moet worden of de compensatie in de dure periode kan worden verbeterd.
    - Onderzoek naar verbetering van de psychische diagnosekostengroepen (meer op basis van inhoudelijke criteria in plaats van kosten).
    - Onderzoek naar de kosten van verzekerden met ernstige psychische aandoeningen (EPA)

    Dit sluit vooral aan bij speerpunt 2 en 3.
13. *Onverklaarde (regionale) variatie*
Regionale variatie in gebruik en kosten blijkt deels niet verklaarbaar. Dit moet nader onderzocht worden, zoals ik in mijn brief van 16 juni al heb aangegeven. Daar waar medische gronden verantwoordelijk zijn voor de variantie in zorggebruik, kan dit helpen om het model verder te verbeteren. Daar waar aanbodverschillen en/of ondoelmatigheid (praktijkvariatie) een rol spelen, is het onwenselijk als de risicoverevening hiervoor zou compenseren. Wanneer het onderscheid tussen deze twee oorzaken beter kan worden gemaakt, kan dat bijdragen aan het versterken van de doelmatigheidsprikkels in de Zvw. In samenhang hiermee wordt nagegaan in hoeverre het regiokenmerk verder verbeterd kan worden. Dit onderzoek sluit vooral aan bij de speerpunten 3 en 4.
14. *Groepen met extreem hoge kosten*
In dit onderzoek wordt nagegaan hoe de risicoverevening voor de kleine groep verzekerden met extreem hoge kosten (bijvoorbeeld gebruikers van dure geneesmiddelen) kan worden verbeterd. De kosten van deze groep wijken veel af van de gemiddelden waardoor het lastig is deze kosten met de huidige modellen te voorspellen. Mogelijke, te onderzoeken, oplossingsrichtingen zijn bijvoorbeeld hoogrisicoverevening en een aparte klasse binnen het vereveningskenmerk meerjarig hoge kosten. Dit onderzoek sluit aan bij speerpunt 1.
15. *Verbetering van de vereveningskenmerken aard van het inkomen, sociaal economische status en personen per adres (AVI/SES/PPA)*
De vereveningskenmerken gebaseerd op aard van het inkomen en sociaal economische status en zijn de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid. Ook is er onderzoek gedaan naar een uitgebreid kenmerk personen per adres. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe vereenvou-

digingen mogelijk zijn zonder kwaliteit te verliezen. Ook wordt onderzocht of er betere informatie beschikbaar is voor deze kenmerken. Het gaat dan vooral om de typering van het huishouden (institutionele instellingen, eenpersoonshuishouden/meerpersoonshuishouden). Dit onderzoek sluit vooral aan bij de speerpunten 2 en 3.

16. *Seizoensarbeiders*
    In eerder onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat seizoensarbeiders worden overgecompenseerd. In dit onderzoek, dat ik heb toegezegd aan de Tweede Kamer, moet worden nagegaan of de nieuw beschikbare gegevens deze aanwijzingen bevestigen en, zo ja, hoe vervolgens de risicoverevening kan worden aangepast (zie ook mijn brief van 16 juni). Dit onderzoek sluit aan bij speerpunt 4.
17. *Evaluatie van het representatief maken van de gegevens*
    Bij de berekening van de normbedragen worden gegevens gebruikt van drie jaar oud. De gegevens worden in een aantal stappen representatief gemaakt. Zo worden beleidsmutaties verwerkt, aantallen opgehoogd naar het vereveningsjaar en kosten zodanig geschaald dat de totalen aansluiten op de begroting. Onderzoek moet uitwijzen welke invloed de verschillende stappen hebben en welke verbeteringen mogelijk zijn. Dit onderzoek sluit niet specifiek aan bij een van de speerpunten, maar ik verwacht wel aanknopingspunten te vinden voor verbetering van de risicoverevening in het algemeen.
18. *Koppeling met gezondheidsenquête CBS*
    Dit onderzoek berekent de verevening conform het meest recente model (vereveningsjaar 2016) bij specifiek ongezonde groepen die via de gezondheidsenquête van het CBS worden geïdentificeerd. Dit is eerder gedaan voor de vereveningsjaren 2014 en 2015. Zodoende kan worden nagegaan wat het effect is van de recente aanpassingen in de vereveningsmodellen voor deze specifieke groepen. Het onderzoek zal ook aandacht besteden aan de omvang van de CBS-enquête en het gebruik van steekproeven in het algemeen. Het onderzoek hangt samen met speerpunt 1.
19. *Literatuurstudie wijkverpleging*
    Nagegaan wordt welke kenmerken (zoals fragiliteit/kwetsbaarheid) voorspellende waarde hebben voor de kosten van wijkverpleging bij verzekerden. Hierbij zal ook worden gekeken in hoeverre meer of andere diagnostische informatie gebruikt kan worden. Dit gebeurt op basis van eerder gedane literatuurstudies en bijeenkomsten met experts. Indien nodig zal een aanvullende studie plaatsvinden. Dit onderzoek sluit aan bij speerpunt 2.
20. *Monitoring gedrag van verzekeraars naar aanleiding van het gebruik van onorthodoxe vereveningskenmerken*
    De prikkelwerking van de onorthodoxe vereveningskenmerken (gebruik in het voorafgaande jaar van geriatrische revalidatiezorg, wijkverpleging en intramurale GGZ) is niet optimaal. Daarom zal het gedrag van verzekeraars worden gemonitord, zodat kan worden nagegaan in hoeverre deze vereveningskenmerken tot gedragswijzigingen bij verzekeraars leiden. Dit heb ik reeds aangekondigd in mijn brief van 16 juni en sluit daarom aan bij speerpunt 4.

4.3 Onderzoeksideeën met lagere prioriteit

Deze paragraaf bevat de onderzoeken die waarschijnlijk niet in 2015–2016 worden uitgevoerd, omdat ze minder prioriteit hebben of omdat ze afhankelijk zijn van de fundamentele discussie die komend jaar wordt gevoerd.

21. *Vervolg groot onderhoud Farmaciekostengroepen (FKG's)*
    Dit onderzoek sluit aan op het groot onderhoud dat in het voorjaar van 2015 is uitgevoerd. Met de FKG's worden mensen met hoge zorgkos-

ten (chronisch zieken) geïdentificeerd op basis van hun geneesmiddelengebruik. In een vervolg kan worden onderzocht of het mogelijk is de heterogeniteit binnen de farmaciekostengroepen op te lossen. Tevens kan nader onderzoek gedaan worden naar een kenmerk gebaseerd op polyfarmacie (verzekerden die meerdere geneesmiddelen tegelijk gebruiken).

22. *Vervolg groot onderhoud Diagnosekostengroepen (DKG's)*
    Dit onderzoek sluit aan op het groot onderhoud dat is uitgevoerd in het voorjaar van 2015. Met de DKG's worden mensen met hoge zorgkosten (chronisch zieken) geïdentificeerd op basis van behandelingen in het ziekenhuis. Nagegaan wordt wat de toegevoegde waarde is van meerjarige en meervoudige DKG's.
23. *Onderzoek naar vermogenspositie als vereveningskenmerk*
    Dit onderzoek gaat na in hoeverre de vermogenspositie van huishoudens voorspellende waarde heeft voor de zorgkosten en of het zinvol is hier een vereveningskenmerk voor te ontwikkelen.
24. *Herclassificatie chronisch zieken*
    Onderzoek naar een methode om chronisch zieken te identificeren op basis van aandoeningen. Dit gebeurt onder andere in de Verenigde Staten. Momenteel worden in het Nederlandse risicovereveningsmodel chronisch zieken geïdentificeerd via geneesmiddelengebruik, ziekenhuisdiagnoses, gebruik van hulpmiddelen, wijkverpleging, fysiotherapie en geriatrische revalidatiezorg. Bekend is dat voor sommige aandoeningen (zoals kanker en diabetes) via meerdere kenmerken wordt gecompenseerd. De compensatie van chronisch zieken zou mogelijk beter worden en het model eenvoudiger, als geïdentificeerd wordt op basis van aandoeningen. Dit is echter een duidelijke andere benadering met een behoorlijke doorlooptijd die raakt aan de fundamentele vragen.
25. *Synthetische portefeuilles*
    In dit onderzoek worden de verzekerden niet ingedeeld bij hun zorgverzekeraar maar in fictieve (synthetische) portefeuilles. De bedoeling hiervan is dat de verevening minder gevoelig wordt voor verzekeraarspecifieke effecten. Door de uitkomsten van verschillende modellen voor deze portefeuilles te vergelijken kan mogelijk een betere beoordeling van de modellen plaatsvinden. Omdat het beoordelingskader onderdeel is van de fundamentele discussie kan dit onderzoek beter na deze discussie worden opgepakt.
26. *Zwangerschap, geboorten en sterfgevallen*
    Hoe in de verevening moet worden omgegaan met zwangerschap, geboorten en sterfgevallen hangt af van de vraag waarvoor de risicoverevening moet compenseren; moet ook worden gecompenseerd voor kosten die niet te voorspellen zijn? Dit raakt derhalve de fundamentele discussie over de risicoverevening en zal afhankelijk hiervan worden opgepakt.
27. *Alternatieve schattingstechniek*
    Bij de huidige aanpak van de verevening wordt over- of ondercompensatie van een groep voorkomen door een vereveningskenmerk voor deze groep in het model op te nemen. Er zijn ook alternatieven die bijvoorbeeld kunnen worden toegepast wanneer het kenmerk een minder gewenste prikkelwerking heeft. Op die manier wordt ook bereikt dat er geen sprake is van over- of ondercompensatie voor de betreffende groep, maar dan op een zodanige manier dat de ongewenste prikkel niet optreedt. Een nadeel van deze aanpak is dat de compensatie van andere groepen, die wel door het model worden geïdentificeerd, minder goed wordt.

4.4 Onderzoeksideeën die niet worden uitgevoerd

Er zijn ook onderzoeksideeën die niet (in opdracht van VWS) zullen worden uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat er geen noodzaak is of weinig verbetering van verwacht mag worden, omdat er geen geschikte gegevens zijn of omdat het leidt tot verkeerde prikkels. Deze ideeën worden hieronder kort beschreven.

28. *Griepprik*
    Kinderen en volwassenen die extra risico lopen om ernstig ziek te worden door de griep komen in aanmerking voor een gratis griepprik. De griepprik is dus een indicatie voor gezondheid en chroniciteit en daarom een potentieel kenmerk voor in de risicoverevening. Er is echter geen landelijke registratie van verzekerden die in aanmerking komen voor de griepprik of van verzekerden die de griepprik hebben ontvangen. Er is dus geen geschikte informatie voor de risicoverevening beschikbaar. Daar komt bij dat vermoedelijk een grote overlap bestaat met kenmerken die al in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen.
29. *Verbetering eigen risicomodel*
    Voor verzekerden die ingedeeld worden bij één of meer morbiditeitkenmerken wordt een forfaitair bedrag gehanteerd vanuit de gedachte dat deze verzekerden het eigen risico vrijwel geheel zullen volmaken. Voor de overige verzekerden wordt een model gehanteerd op basis van de vereveningskenmerken leeftijd/geslacht, aard van het inkomen en regio. In de Overall Toets 2016 is onderzocht welke morbiditeitkenmerken in het onderscheid tussen beide groepen betrokken moeten worden (FKG's, DKG's, HKG's en MHK). Het eigen risicomodel functioneert naar behoren. Er is derhalve geen aanleiding om hier nader onderzoek naar te doen.
30. *Overstappers*
    Dit betreft de vraag of overstappers gemiddeld genomen winstgevend zijn en zo ja, wat daarvan de oorzaken zijn. Het onderzoek zou moeten uitwijzen of deze groep binnen het risicovereveningsmodel apart onderscheiden moet worden. Aanpassing van het model voor dit effect is echter niet wenselijk, omdat in de risicoverevening geen factoren moeten worden opgenomen die verzekeraars kunnen beïnvloeden.
31. *Wanbetalers*
    Dit onderzoek zou gaan over de vraag of binnen de risicoverevening rekening moet worden gehouden met wanbetalers. Een eventueel effect van wanbetaling wordt naar verwachting grotendeels opgepakt met de bestaande vereveningskenmerken AvI en SES.
32. *Vrijwillig eigen risico*
    Het is aannemelijk dat verzekerden die een vrijwillig eigen risico afsluiten doorgaans minder zorgkosten zullen maken dan verzekerden die dat niet doen. De vraag is opgekomen of het zinvol is een vereveningskenmerk op te nemen dat onderscheid maakt tussen verzekerden die wel/niet een vrijwillig eigen risico afsluiten. Hieraan zouden echter grote nadelen kleven. Het al dan niet afsluiten van een vrijwillig eigen risico ligt immers binnen de beïnvloedingssfeer van de zorgverzekeraar (als er een «straf» komt voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico zal de verzekeraar de korting hiervoor terugdraaien en zo verzekerden prikkelen geen vrijwillig eigen risico meer af te sluiten). Daarnaast meet het wel/niet afsluiten van een vrijwillig eigen risico naast gezondheid ook consumptiegeneigdheid. Om die redenen wordt dit onderzoek niet uitgevoerd.
33. *Collectiviteiten*
    De vraag is wat het effect van collectiviteiten op de resultaten is en in hoeverre het mogelijk is dit in de modellen mee te nemen. Net als bij het toepassen van een correctie voor het afsluiten van een vrijwillig eigen risico is ook hier op voorhand al duidelijk dat het opnemen van

een dergelijk kenmerk in het vereveningsmodel zal leiden tot een verkeerde prikkelwerking.

34. *Variatie binnen groepen*
Uitgebreide empirische analyses, bijvoorbeeld welke variatie er nog optreedt binnen de in het risicovereveningsmodel opgenomen groepen, kunnen wellicht nog aanwijzingen geven over mogelijke verbeteringen van het model. Op voorhand wordt hiervan echter geen sterke verbetering van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel verwacht. Daarnaast is de verwachting dat dit een tijdrovend onderzoek zal zijn.

35. *Zorggebruik Wmo*
Gebruik van zorg gefinancierd uit de Wmo zou een voorspeller kunnen zijn voor het gebruik van onder andere wijkverpleging. Het is echter de vraag hoe bruikbaar de beschikbare gegevens zijn. De Wmo wordt immers door gemeenten uitgevoerd, waarbij zij beleidsvrijheid hebben in de toewijzing van zorg. Dit zorgt waarschijnlijk voor regionale variatie, die voor de risicoverevening ongewenst is.

5. Tot slot

Zoals u in deze brief hebt kunnen lezen, wordt er komend jaar weer een ambitieus onderzoeksprogramma uitgevoerd. Dat geeft echter geen garanties over de verbeteringen die in de modellen voor 2017 gerealiseerd kunnen worden. De uitkomst van een onderzoek kan immers ook zijn dat het niet mogelijk of niet wenselijk is om de onderzochte wijziging door te voeren. Dit is afgelopen jaar ook gebeurd naar aanleiding van meerdere onderzoeken.

Daarnaast is het in deze brief aangekondigde onderzoeksprogramma niet in beton gegoten. Mogelijk leiden de uitkomsten van sommige onderzoeken ertoe dat er nog andere onderzoeken nodig zijn. Dan zal opnieuw moeten worden bezien of die onderzoeken extra worden uitgevoerd of dat ze ten koste gaan van andere voorgenomen onderzoeken.

In juni 2016 zal ik u informeren over de uitkomsten van alle onderzoeken die zijn uitgevoerd en de consequenties die de uitkomsten hebben voor de risicovereveningsmodellen 2017. Onderzoeken die samenhangen met een toezegging aan de Tweede Kamer zal ik zoals gebruikelijk meesturen aan de Tweede Kamer.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers